

DOLOR EN EL LADO CUBITAL DE LA MUÑECA. A PROPÓSITO DE 22 CASOS TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE.

García Cristóbal. E, San Pedro Murillo. A, Falcón Goicoechea. J, Redondo Trasobares. B, Ballesteros Betancourt. JR

OBJETIVOS

El dolor en el lado cubital de la muñeca se ocasiona por distintas patologías con sintomatología común. El diagnóstico puede ser tardío y difícil, el tratamiento quirúrgico variado y los resultados funcionales dispares.

Corte frontal de la muñeca derecha, en el que se puede apreciar las articulaciones radiocubital distal, radiocarpiana e intercarpianas.

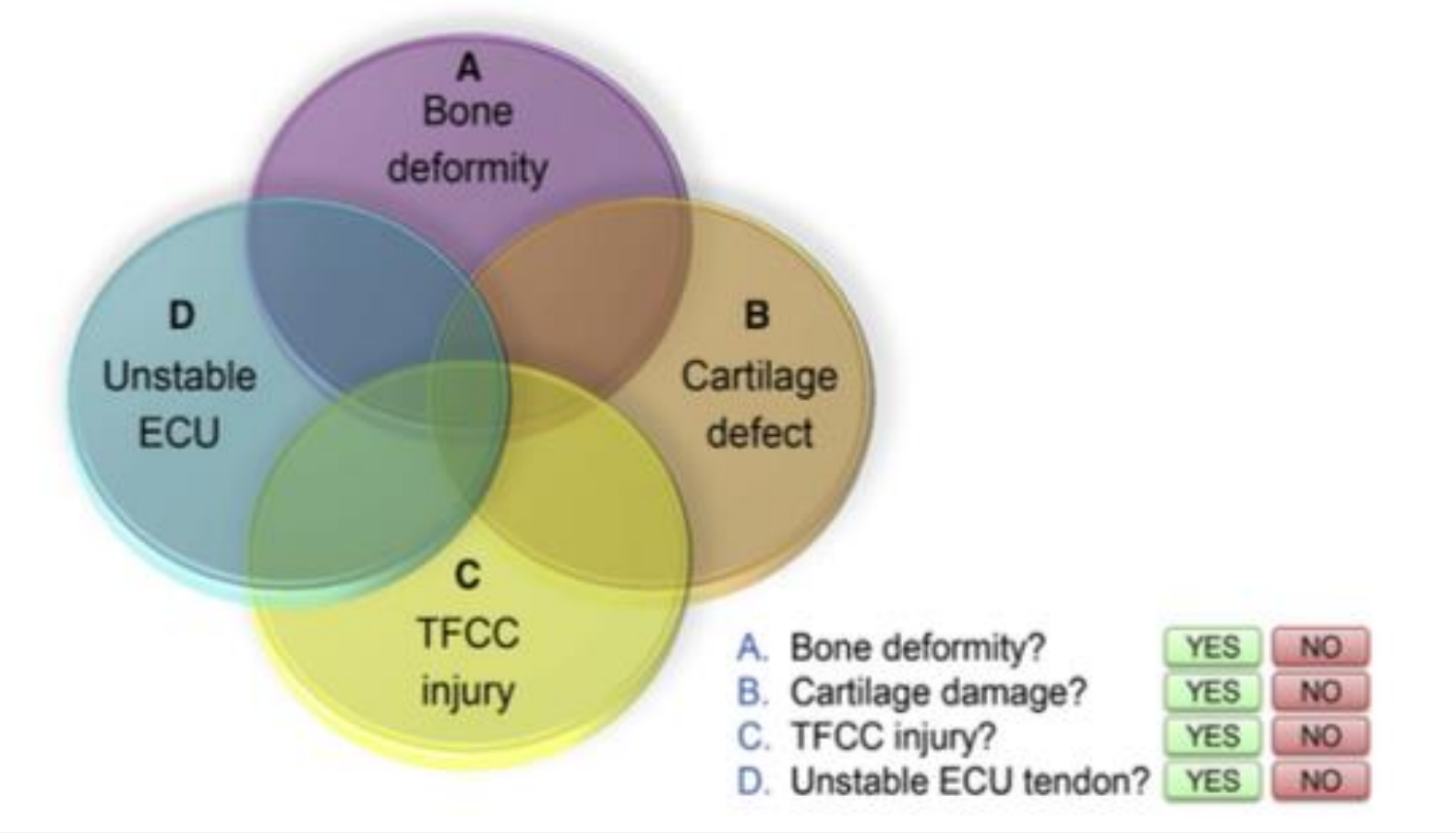


MATERIAL Y MÉTODOS

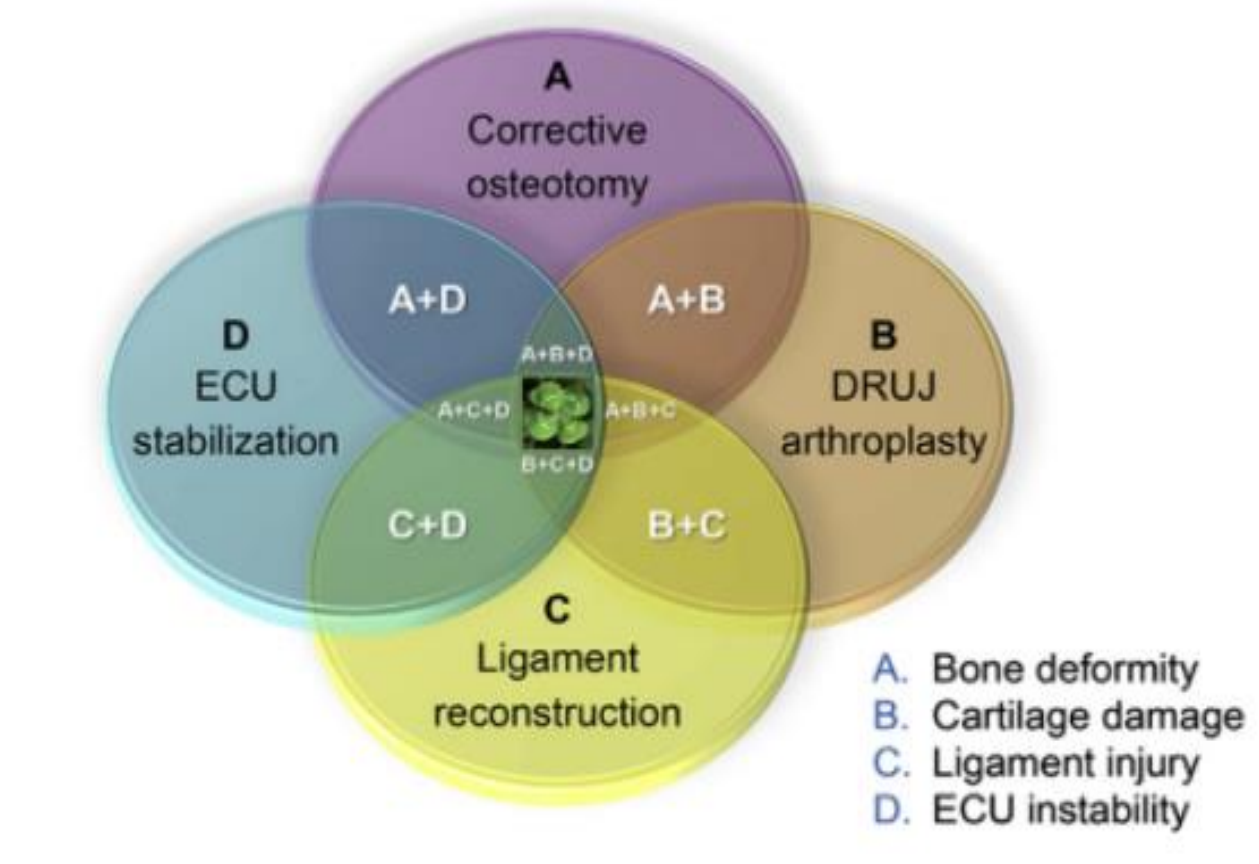
Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de dolor cubital de muñeca en los últimos 3 años en el HCU Lozano Blesa (Zaragoza)

Se utilizaron estadísticas descriptivas para resumir los datos y medidas de resultado. Análisis de contingencia utilizando la prueba chi-cuadrado y test exacto de Fisher para variables nominales. Estudio de correlación entre variables cuantitativas continuas mediante el test R de Pearson y Rho de Spearman. Además, estudio ANOVA no paramétrico (Test de Kruskal-Wallis), entre variables nominales y cuantitativas. El nivel de α se estableció en 0.05. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando Jamovi versión 2.3.28.

Algoritmo del “trébol de cuatro hojas. Las cuatro preguntas clave para elegir el tratamiento.



Tratamientos en función de las patologías que pueden coexistir en un mismo paciente y como el tratamiento debe ser hecho a medida dependiendo del tipo de paciente.

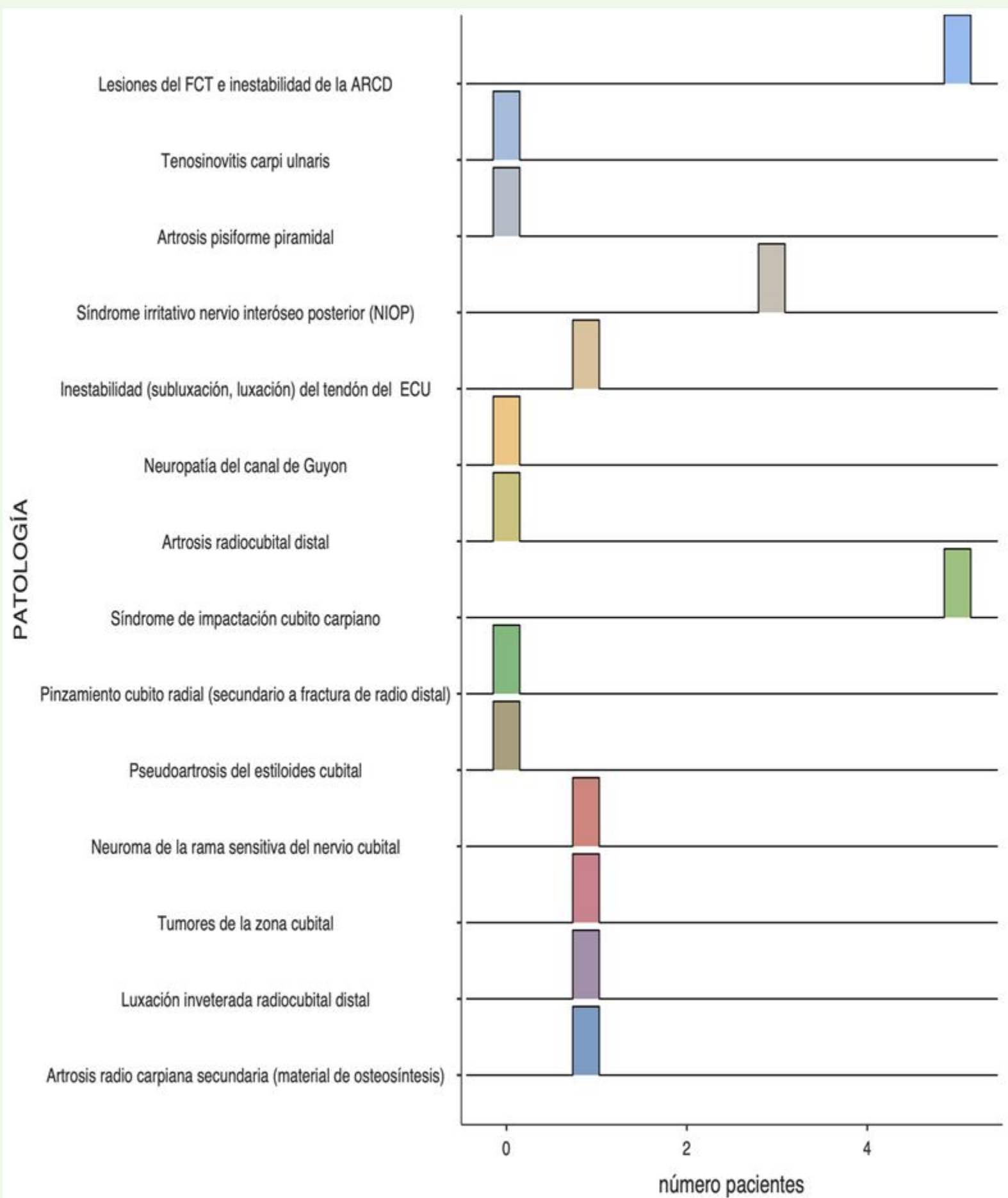


Kakar S, Garcia-Elias M. The “four-leaf clover” treatment algorithm: A practical approach to manage disorders of the distal radioulnar joint. J Hand Surg Am [Internet]. 2016;41(4):551–64.

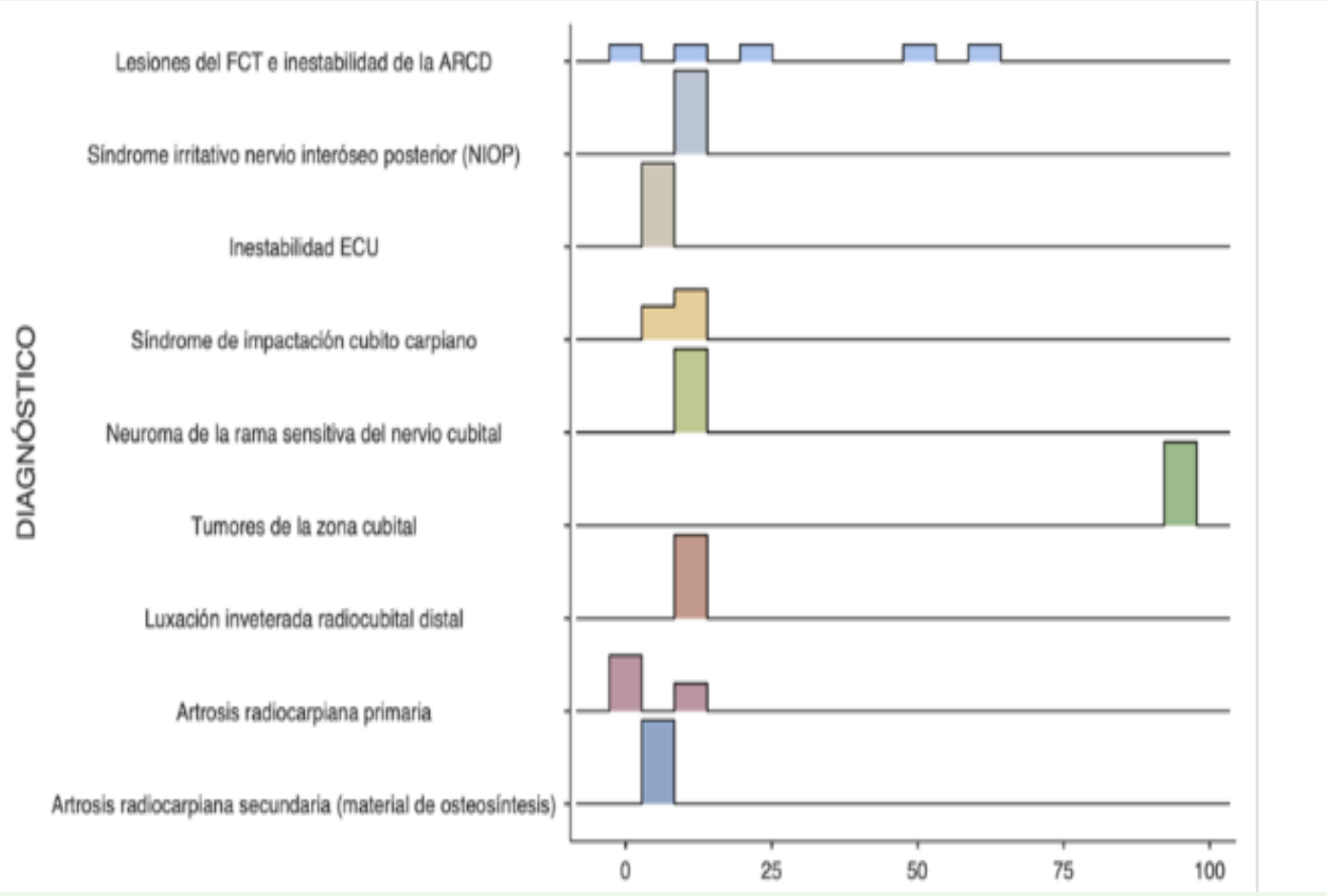
RESULTADOS

Se incluyeron 22 pacientes con edad media de 46 años (rango 22 – 79), 9 eran mujeres y 13 hombres. Las patologías más frecuentes fueron: lesión postraumática del FCT e inestabilidad de la ARCD en 5 pacientes (22.7%) y el síndrome de impactación cubito carpiano en 5 pacientes (22.7%). Tras la cirugía globalmente alcanzaron una extensión de 55.5º de media (rango 0-80º), una flexión de 56.1º de media (rango 0-80º), una pronación de 80.7º de media (rango 45- 90º) y una supinación de 76.6º de media (45-90º). No encontramos asociación estadística significativa entre satisfacción y el grado de movilidad final alcanzado, y sí entre sexo femenino y mayor grado de satisfacción final (p=0.033).

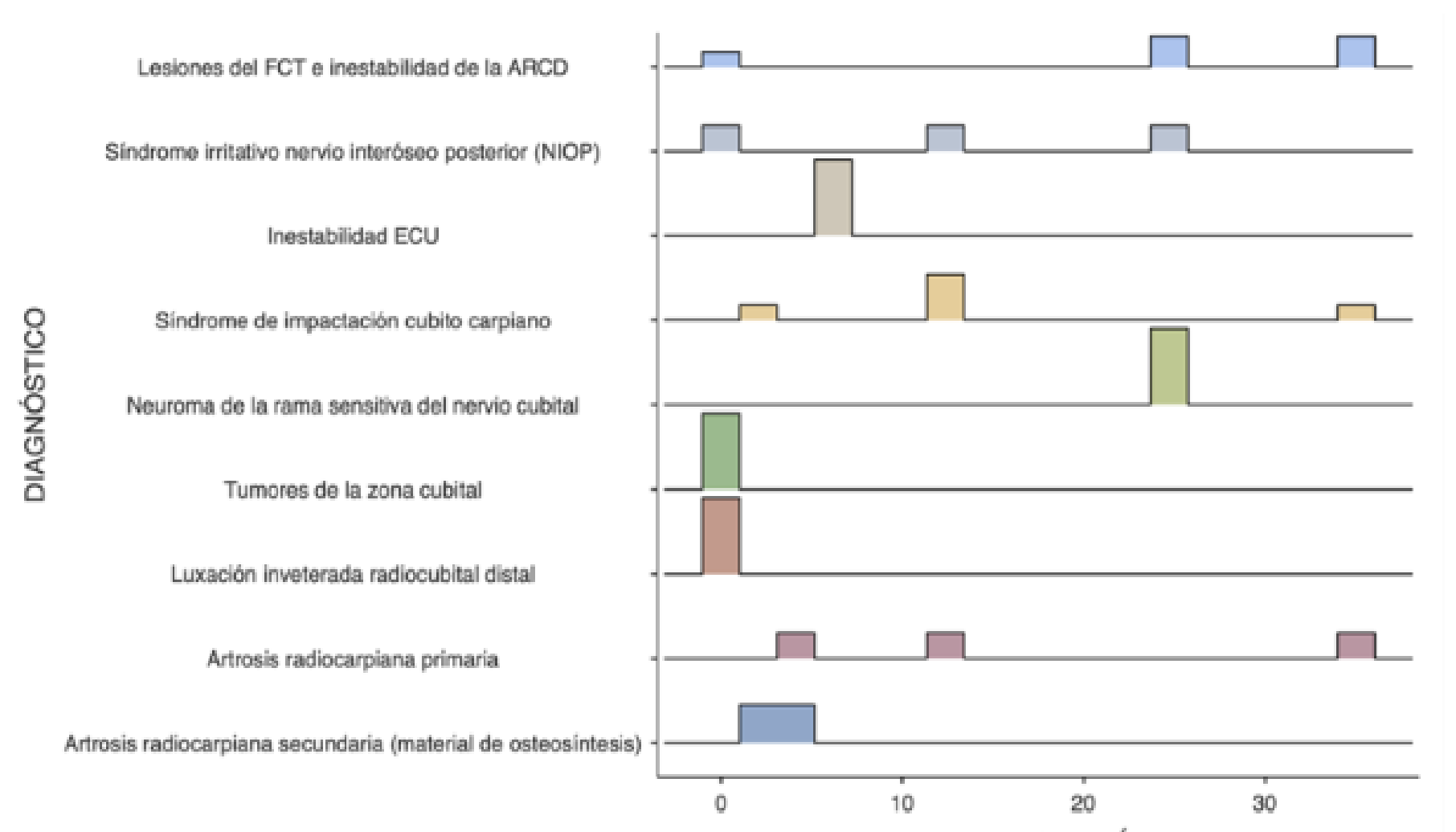
Frecuencia de diagnóstico en cada patología



Tiempo hasta diagnóstico definitivo (meses)

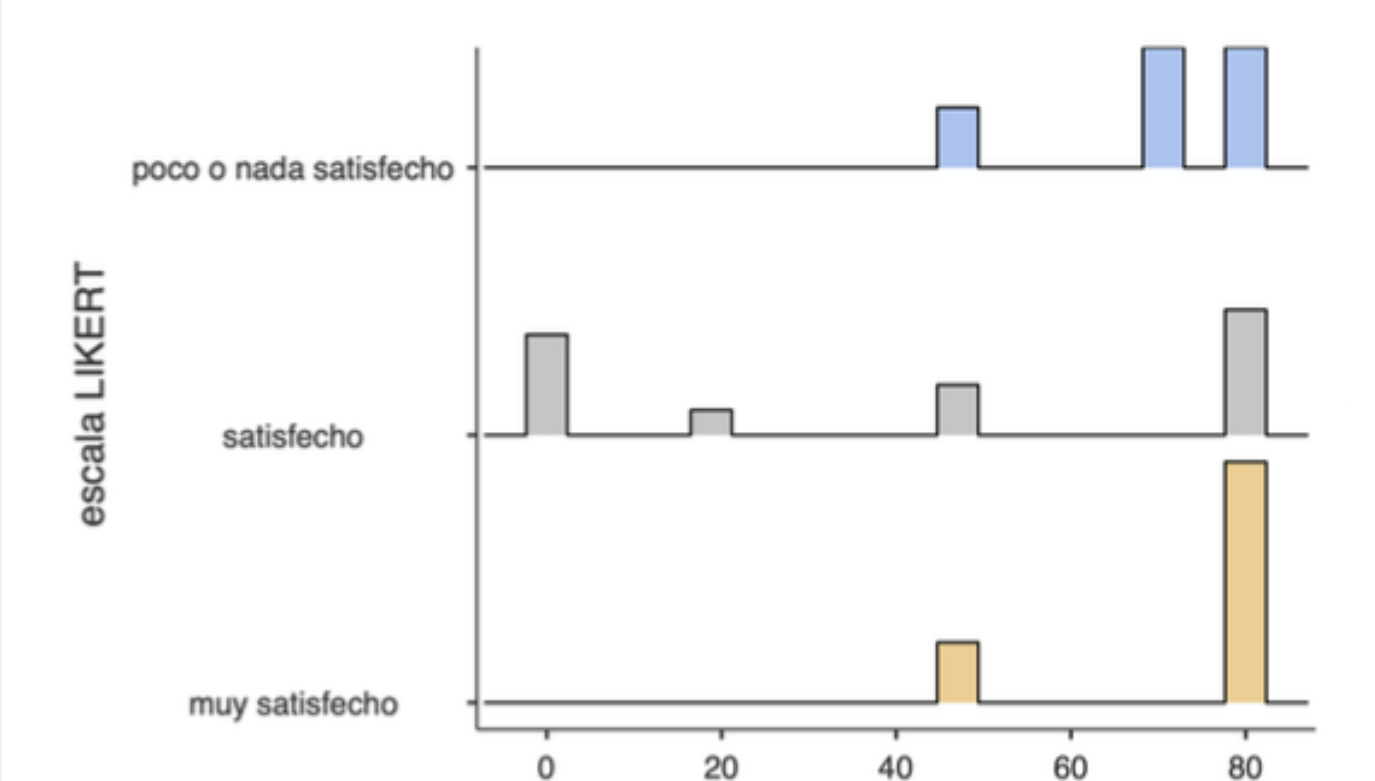


Tiempo hasta cirugía (meses)

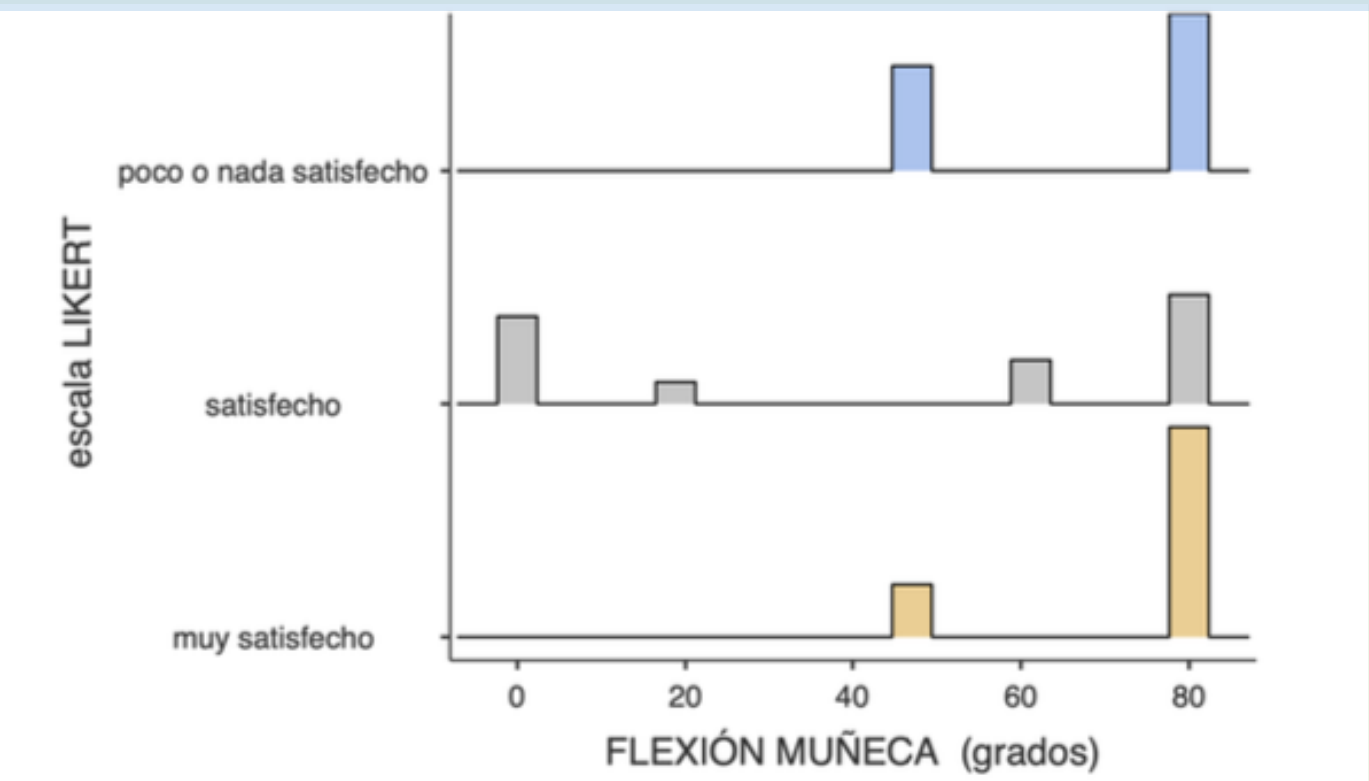


ESCALA DE SATISFACCIÓN LIKERT SEGÚN LA MOVILIDAD EN MUÑECA POSTQUIRÚRGICA

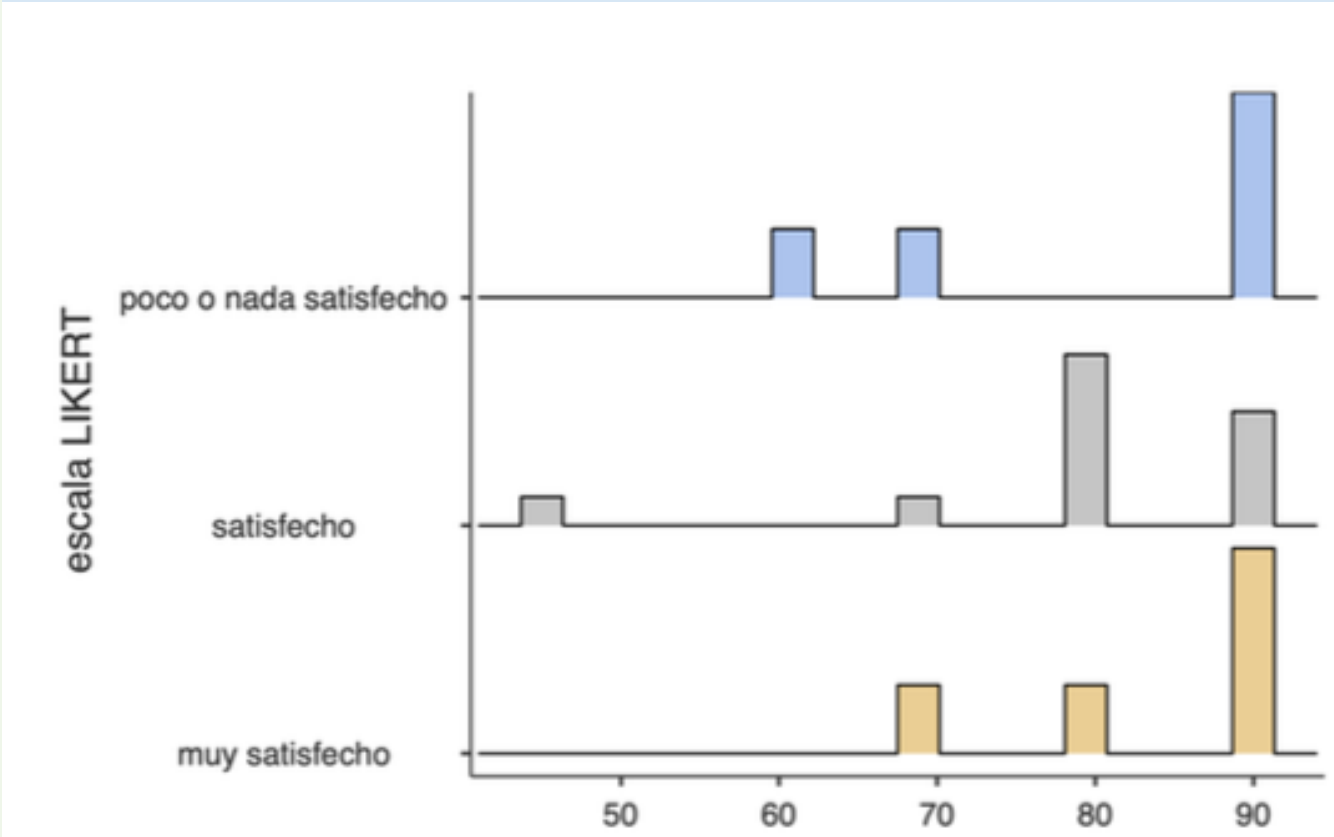
Escala de satisfacción según grados de extensión



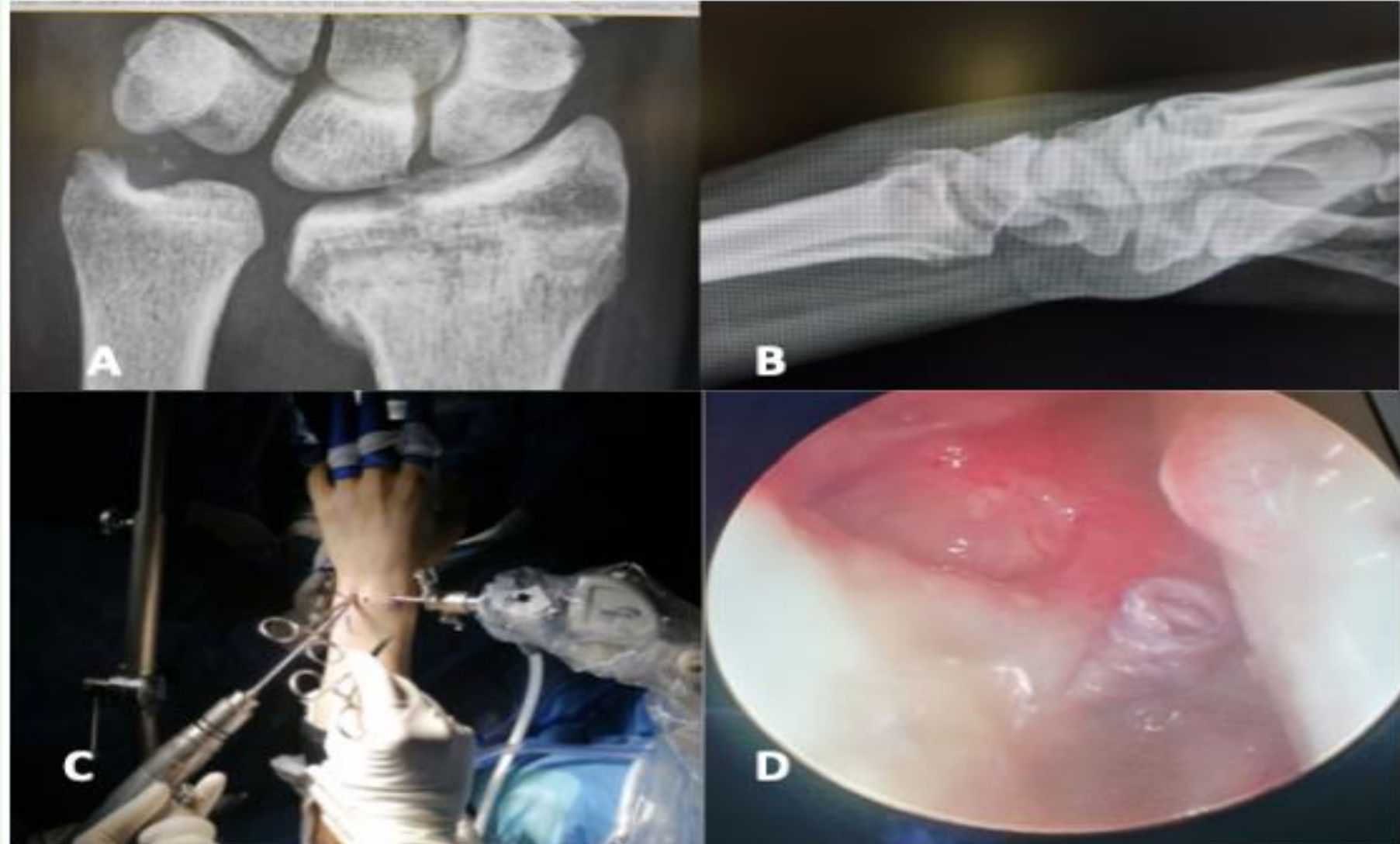
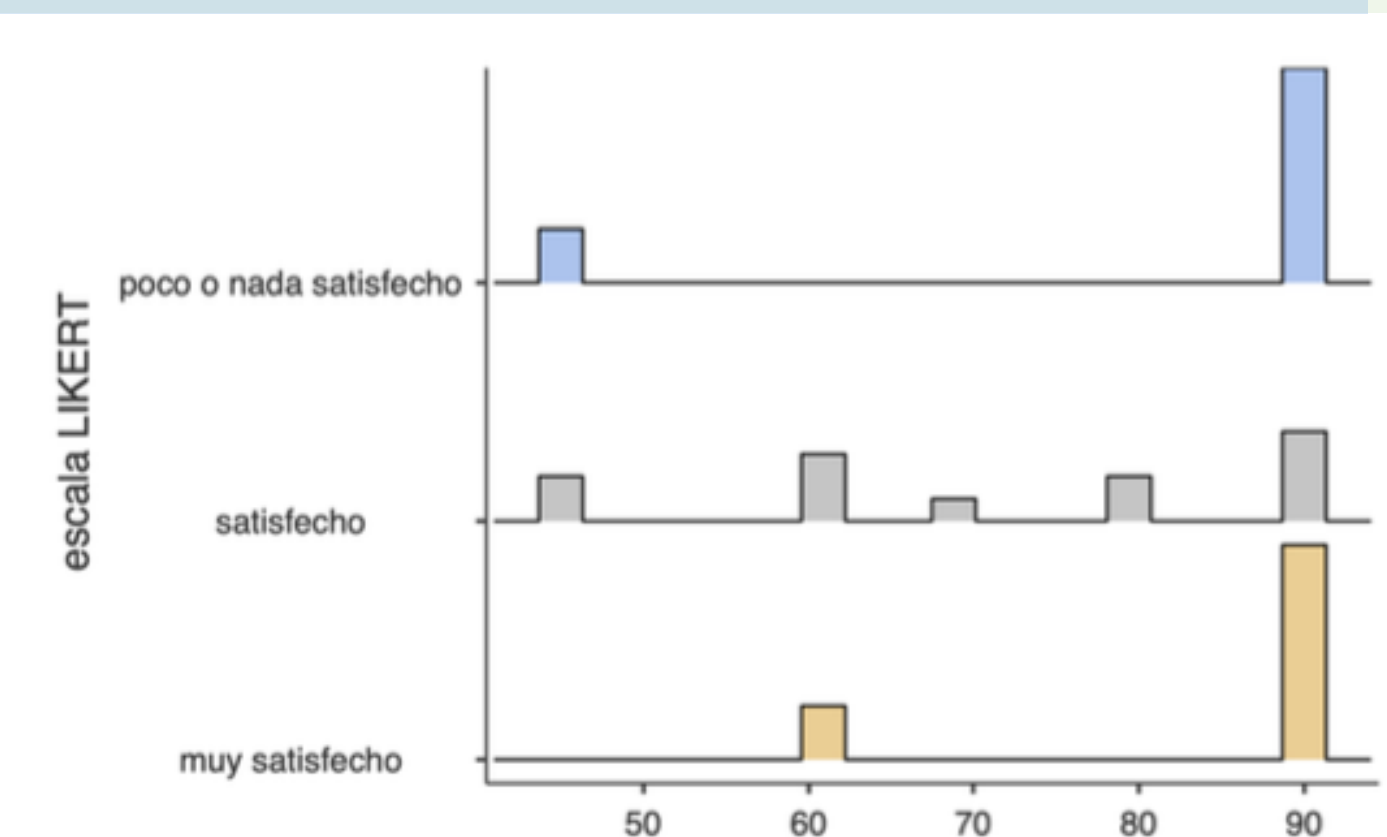
Escala de satisfacción según grados de flexión



Escala de satisfacción según grados de pronación



Escala de satisfacción según grados de supinación



A) Proyección AP de muñeca en la que se aprecian calcificaciones a nivel del FCT y fractura evolucionada del radio distal.
B) Proyección lateral de la muñeca donde se aprecia desplazamiento hacia dorsal del fragmento distal del radio unos 15a.
C) La mano se encuentra en torre de tracción, la cámara entra por el portal 3-4, un mosquito a través del portal 6R sujeta la aguja de Kirschner y la broca guiada entra a través del cúbito.
D) Imagen intraarticular, donde se aprecia la sutura que ha pasado a través del FCT.

CONCLUSIONES

A pesar de los resultados funcionales correctos, vemos que no existe una relación directa con el grado de satisfacción final, posiblemente porque se nos faltan factores del análisis global del paciente, como pueden ser la demora en el diagnóstico, tratamiento y la reincorporación a la actividad deportiva y laboral previa.